SERVICE DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL

IS Téléconsultation Téléconsultation

ATTESTATION DE SUIVI individuel de l'état de santé (art L.4624-1 du Code du travail)

ENTREPRISE

INTERMITTENTS DU SPECTACLE 24235

Médecin du travail référent Dr.

SALARIE(E)								
Nom de naissance		MASQUELIER						
Prénoms de naissance		HERVE					-	
Date de naissance		14/05/1948		Sexe	М		1	
Lieu de naissance (code INSEE)								
Matricule INS								
NIR		NIA					-	
DOCTE DE TRAVAII								
POSTE DE TRAVAIL								
Le poste fait l'objet de mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 :								
Non								
Le poste fait l'objet d'un suivi individuel renforcé prévu à l'article L. 4624-2						Oui, depuis le		
Intituló du n	osto do travail :					Non		
Intitulé du poste de travail : OU EMPLOI(S) (travailleurs temporaires, saisonniers, salariés des associations intermédiaires, mannequins)								
1. Acteur-comédien / Actrice-comédienne								
DATE DE L'EXAMEN OU DE LA VISITE								
Date : 03/10,	/2025		Heure d'aı	rrivée : 13:48		Heure de départ : 14:03		
TYPE D'EXAMEN OU DE VISITE (*) (*) Si le médecin du travail constate une inaptitude, utiliser l'avis d'inaptitude.								
✓ Visite d'information de prévention :								
☐ Initiale (art R. 4624-10) ☐ Périodique (art R. 4624-16)								
☐ Visite de reprise (art R. 4624-31)								
☐ Visite à la demande (art R. 4624-34)								
☐ Visite post-exposition (art L. 4624-2-1)								
Visite post-professionnelle (art L. 4624-2-1)								
Visite de mi-carrière (art L. 4624-2-2)								
Visite intermédiaire effectuée dans le cadre du suivi individuel renforcé (art R.4624-28)								
Réorientation vers le médecin du travail sans délai								
PROCHAIN EXAMEN OU VISITE: A revoir au plus tard le : 03/10/2027								
NB : Tous les articles auxquels il est fait référence dans le présent document relèvent du code du travail.								
Le travailleur, l'employeur ou le médecin du travail peuvent solliciter l'organisation d'une visite à la demande par le médecin du travail (R.4624-34 du code du travail).								
	DATE : 03/10/2025 Attestation de suivi accompagnée d'un document							
NOM : TROCME Isabelle faisant état de proposition de mesures individuelle							ıdividuelles	
QUALITE : In					faites par le n	nédecin du travail après éch	ange avec	
MAIL ET TELEPHONE PROFESSIONNELS: i.trocme@thalie-								
sante.org								
SIGNATURE DU PROFESSIONNEL DE SANTE								